

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書



(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

被 保 険 者 (認定を受ける方)	申請年月日	年 月 日	個人番号							
	フリガナ				被保険者番号					
	氏名				生年月日	大正昭和	年 月 日	性別	男・女	
	住所	〒						電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1・2・3・4・5				要支援状態区分 1・2				
		有効期間 年 月 日から				年 月 日まで				
	変更申請の理由	前回の認定時より状態が <input type="checkbox"/> 悪化した <input type="checkbox"/> 改善した								
		理由 ()								
	現在の状況 ※□にレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等 施設名等 ()								
		調査希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(施設名等)						()	
	フリガナ調査同席者				被保険者との関係	電話番号				
主 治 医	医療機関名					施設入所の方のみ	<input type="checkbox"/> 嘱託医 <input type="checkbox"/> 嘱託医以外			
	医師名	〔診療科目〕			直近の受診日	年 月 日				
	所在地	〒						電話番号		
主治医がない場合(指定医)										

※申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

申 請 者	該当する項目の□にレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> 家族(被保険者との関係:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他(被保険者との関係:)							
	氏名				提出代行者名	称			
	所在地	〒						電話番号	

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証を提示してください。

医療保険者名				医療保険被保険者証記号番号				
医療保険者番号				加入年月日	年 月 日			
特定疾病名 ※□にレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> がん(がん末期) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症							

裏面あり

同意署名欄	<p>情報提供の同意・・・介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、知多北部広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>(本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)</p>	
	<p>被保険者署名 _____</p>	<p>代筆者氏名 _____</p> <p>(被保険者との関係 _____)</p>

*** 事務処理欄**

被保険者証	番号確認	身元確認		代理権の確認
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 委任状
資格者証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1 点 確 認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 他()	2 点 確 認 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 発行済	<input type="checkbox"/> 通知カード			<input type="checkbox"/> その他書類 1点
<input type="checkbox"/> 未発行	<input type="checkbox"/> 住民票等			

課長	係長	受付者